

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

Para individuos y familias

¿Qué es Maryland Health Connection?

Maryland Health Connection (MHC, por sus siglas en inglés) es el Nuevo Mercado de seguros médicos de nuestro estado, el cual fue creado para facilitar la búsqueda, comparación e inscripción a un plan de salud para los residentes de Maryland. A partir del primero de octubre de 2013, los individuos y sus familias podrán utilizar Maryland Health Connection para obtener un seguro médico. Las pequeñas empresas podrán utilizar MHC comenzando el primero de abril de 2014.

¿Quién puede adquirir cobertura médica a través de Maryland Health Connection?

Los residentes legales del Estado de Maryland que no tengan acceso a un seguro médico económico, o que no pueden adquirir un seguro a través de su empleador o por cuenta propia, podrán usar Maryland Health Connection para obtenerlo.

¿Por qué el Estado de Maryland creó Maryland Health Connection?

Maryland Health Connection fue creado para que todos los residentes legales de Maryland tengan acceso a seguros médicos a bajo costo. Esto equivale aproximadamente a 800.000, casi el 14% de los 5.8 millones de residentes del estado que actualmente no tienen seguro médico.

¿Por qué es importante tener seguro médico?

Si usted o uno de los miembros de su familia se enfermara, o llegara a tener un accidente, tener una cobertura médica le garantiza protección y tranquilidad. Si algo llegara a suceder, usted podrá recibir atención sin tener que preocuparse por estar acumulando cuentas médicas que no puede pagar. Las deudas médicas son una de las principales causas por las cuales las personas se declaran en bancarota. Además, tener seguro médico le da acceso a cuidados preventivos para que usted y los miembros de su familia puedan mantenerse saludables y prevenir enfermedades.

Si soy una persona joven y saludable, ¿por qué tengo que adquirir seguro médico? Si me inscribo el dinero saldrá de mi cheque, ese es un dinero que podría utilizar para otras cosas.

Usted debe hacerse responsable de su salud. Una enfermedad crónica, o un accidente grave que requiera hospitalización, pueden resultar en una cantidad enorme de cuentas y deudas médicas. Las deudas médicas son una de las principales causas de bancarota. Aunque tenga que pagar una prima mensual, tener seguro médico le brindara la tranquilidad de saber que podrá pagar para recibir atención de calidad en caso de enfermedad o accidente. Dependiendo de su nivel de ingresos y el tamaño de su familia, usted podría ser elegible para recibir asistencia económica para pagar los costos del cuidado de salud.

Si tengo una incapacidad o una condición médica, ¿podré obtener cobertura médica?

Sí. A partir de 2014 no se le negará la cobertura médica a nadie debido a una condición preexistente. En **MarylandHealthConnection.gov** usted podrá buscar, comparar e inscribirse a un plan, todo en un solo lugar.

Si ya tengo un seguro médico, ¿tendré que utilizar Maryland Health Connection?

Si usted tiene seguro médico a través de su empleador, o si paga un seguro médico privado, no necesita hacer nada más. Pero si por alguna razón llegara a perder su cobertura actual, en Maryland Health Connection podrá obtener un seguro médico de calidad que se ajuste a su presupuesto.

¿Qué debo hacer si ya tengo Medicaid?

Si usted o sus hijos están inscritos en Medicaid no tiene que hacer nada más. Usted recibirá una notificación cuando sea tiempo de renovar su cobertura. A partir de 2014 usted podrá renovar su cobertura de Medicaid a través de Maryland Health Connection en cualquier momento del año.

Para individuos y familias

¿Qué sucede si ya tengo cobertura a través del Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC, por sus siglas en inglés)?

Debido a la expansión del programa Medicaid en Maryland, si usted está inscrito en el Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC) será transferido automáticamente al programa Medicaid. Usted recibirá una notificación antes del primero de enero de 2014 informándole sobre este cambio. También recibirá una tarjeta de Asistencia Médica roja y blanca, y una tarjeta HealthChoice de la Organización de Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés) que usted escoja.

¿Qué sucede si ya estoy inscrito a través del Plan de Seguro de Salud de Maryland (MHIP)?

El Plan de Seguro de Salud de Maryland (MHIP, por sus siglas en inglés) es el plan de seguro del estado para las personas que tienen una condición de salud preexistente. MHIP se comunicará con sus miembros directamente para informarles acerca de sus opciones. A partir del primero de octubre de 2014 los miembros actuales de MHIP podrán adquirir nuevos planes a través de Maryland Health Connection. Es importante recordar que a partir de 2014 nadie puede negarle cobertura debido a una condición preexistente. Usted también podría ser elegible para recibir ayuda financiera a través de Maryland Health Connection.

¿Puedo comprar cobertura médica de Medicare a través de Maryland Health Connection?

No. Sin embargo, Maryland Health Connection ofrecerá planes de salud privados y programas de salud pública como Medicaid, y el programa de Seguro Médico para Niños del estado de Maryland (MCHP, por sus siglas en inglés), para personas de 18 a 64 años de edad.

¿Qué sucede si nunca antes he tenido seguro médico?

Usted sería elegible para adquirir un seguro médico aunque nunca antes lo haya tenido. También sería elegible aunque no haya continuado con su cobertura. Usted podría calificar para recibir ayuda financiera para reducir los costos de un seguro médico privado, o incluso podría cumplir con los requisitos para obtener cobertura de Medicaid gracias a la expansión de ese programa. **MarylandHealthConnection.gov** es el único sitio donde podrá averiguar para qué tipo de ayuda financiera sería elegible, y donde podrá buscar, comparar e inscribirse a un plan- todo en un solo sitio.

¿Es necesario utilizar Maryland Health Connection para obtener seguro médico en Maryland?

No. Sin embargo, Maryland Health Connection es el único sitio donde podrá tener acceso a ayuda financiera para pagar los costos del cuidado de salud. Individuos y familias podrán hacer su solicitud para Medicaid y otros programas de salud a partir de octubre de 2013. Las pequeñas empresas podrán solicitar cobertura a partir de abril de 2014.

¿Tengo que comprar seguro médico?

¿Es obligatorio?

Sí. Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, Ley ACA), a partir de 2014 la mayoría de las personas mayores de 18 años deberán tener seguro médico o tendrán que pagar una multa. Si usted tiene cobertura de Medicaid o Medicare ya cumple con los requisitos establecidos por la ley.

Para individuos y familias

¿Cómo funciona Maryland Health Connection?

Si usted necesita seguro médico puede visitar la página **MarylandHealthConnection.gov** para buscar, comparar e inscribirse al plan que mejor se ajuste sus necesidades y las de su familia. También podrá averiguar si es elegible para recibir ayuda financiera para reducir los costos del seguro médico, o si usted o un miembro de su familia cumple con los requisitos para participar en un programa de salud pública como Medicaid o el programa de Seguro Médico para Niños del estado de Maryland (MCHP). Además, podrá obtener información y ayuda a través de nuestro centro de asistencia y otros recursos disponibles.

¿Cuándo puedo comenzar a utilizar Maryland Health Connection?

Los individuos y familias ya pueden utilizar Maryland Health Connection para buscar, comparar e inscribirse a un plan de cobertura médica, todo en un sólo sitio. Las pequeñas empresas podrán buscar cobertura a partir de abril de 2014. La cobertura médica entrará en vigencia a partir del primero de enero de 2014. El periodo de inscripción para individuos y familias termina el 31 de marzo de 2014. La inscripción a Medicaid continuará a lo largo del año.

¿Qué beneficios cubren los planes ofrecidos a través de Maryland Health Connection?

Los beneficios básicos que todos los planes de salud deben ofrecer incluyen: consultas médicas, hospitalizaciones, atención de emergencia, servicios de maternidad, servicios de pediatría, exámenes médicos, servicios de cuidado de salud mental y tratamiento del abuso de sustancias, entre otros. Bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio estos se conocen como Servicios Esenciales de Salud. Los planes también deben cubrir cuidados preventivos como vacunas para la gripe y la neumonía, anticonceptivos, vacunas rutinarias y pruebas de detección del cáncer como mamografías y colonoscopías, sin costo adicional.

¿Cuántos planes habrá disponibles?

Usted puede escoger entre una variedad de planes médicos y dentales ofrecidos por 4 compañías de seguro en Maryland, y entre 7 Organizaciones de Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés) para los planes de Medicaid. El costo dependerá del plan que usted elija, de su nivel de ingresos y del tamaño de su hogar. Visite la página web **MarylandHealthConnection.gov** para inscribirse al plan que mejor se ajuste a su presupuesto.

¿Cómo sabré cuánto cuesta cada plan?

Antes de inscribirse a un plan usted podrá ver el costo de la prima mensual, los deducibles y los gastos de su bolsillo. El mercado en línea le permite explorar todos los planes ofrecidos y escoger el más adecuado para usted según sus ingresos y el tamaño de su hogar.

¿Hay algún tipo de ayuda disponible para reducir el costo del seguro?

Dependiendo de sus ingresos y el tamaño de su hogar, usted podría ser elegible para recibir ayuda financiera para reducir los costos del cuidado de salud. Durante el proceso de solicitud en línea se determinará si usted cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera para reducir el costo de las primas mensuales del seguro. Además, aunque nunca antes haya sido elegible para Medicaid, es posible que ahora sí lo sea gracias a la expansión de ese programa en el estado de Maryland.

¿Con cuánto me ayudaría el crédito tributario? ¿Cómo funcionaría ese proceso?

Dependiendo de sus ingresos y el tamaño de su hogar, en 2014 usted podría ser elegible para recibir un crédito tributario que le ayudaría a reducir el costo de las primas mensuales del seguro. El proceso de solicitud en línea le ayudará a determinar si cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera para reducir el costo de las primas mensuales del seguro.

Para individuos y familias

Si me inscribo a un Plan de Salud Autorizado ¿estaría recibiendo un seguro del gobierno?

No. Maryland Health Connection no es una compañía de seguros. El papel del estado es crear un mercado de seguros donde los consumidores puedan buscar, comparar e inscribirse a un plan de seguro comercial, y también determinar si son elegibles para recibir Medicaid. El estado monitoreará el mercado de seguros para garantizar la protección a los consumidores.

¿Y si tengo preguntas y estoy indeciso?

Maryland Health Connection tiene un programa de asistencia al consumidor para guiarlo a lo largo del proceso. Además del sitio único de compra en línea, **MarylandHealthConnection.gov**, usted puede recibir ayuda por teléfono llamando a la línea de atención al consumidor, o recibir ayuda en persona a través de una de las muchas organizaciones locales ubicadas a lo largo del estado.

Actualmente recibo cobertura de salud a través de mi empleador, pero es muy costosa ¿Puedo aplicar a través de Maryland Health Connection?

Usted puede hacer la solicitud para adquirir seguro médico a través de Maryland Health Connection en cualquier momento. Sin embargo, si su empleador le ofrece una cobertura que cumple el valor mínimo y que es asequible (cuando la porción de la prima por cobertura no supera el 9.5% de su salario anual), usted no será elegible para recibir ayuda financiera a través de Maryland Health Connection.

¿Cuál es el proceso para cambiar (o "reelegir") un plan de seguro médico?

Si ha tomado la decisión de cambiar de plan de seguro médico o "reelegir" el plan en el que estaban previamente inscritos usted y/o su familia, por favor llame al Centro de Asistencia al Consumidor al **1-855-642-8572** o visite una de las organizaciones de asistencia al consumidor en todo el estado, donde un navegador le puede ayudar con este proceso en persona.

Una vez que elija un plan de salud, ¿puedo cambiarme a otro plan si ya hice mi primer pago?

Una vez que haya hecho su primer pago, el comienzo de su cobertura queda programado. Si desea sustituirlo por otro plan después de haber hecho su primer pago, sólo lo puede hacer si reúne los requisitos para acogerse a un Período Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés). Podría calificar para un SEP si su hogar ha cambiado recientemente (es decir, si ha tenido o adoptado un hijo o si ha habido una muerte, un matrimonio o un divorcio), si califica para un nuevo subsidio fiscal (APTC, por sus siglas en inglés) o una reducción de los costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés), si usted ha perdido su cobertura o si ha habido un error en el intercambio durante su inscripción, entre otros. Para más información acerca de los requisitos a cumplir para acogerse a un SEP, por favor llame al Centro de Asistencia al Consumidor al **1-855-642-8572**. Por favor tenga en cuenta que no podrá transferir los gastos que pueden haber ido contra su deducible o el total de gastos de su bolsillo si se cambia a un nuevo plan de seguro médico después de haber comenzado su cobertura con otro plan.

Una vez que elija un plan de seguro médico, ¿puedo cambiarme a otro plan si todavía no hice mi primer pago?

Sí. Si usted ha elegido un plan pero aún no ha hecho su primer pago, puede elegir otro plan si todavía está abierto el período de inscripción (cierra el 31 de marzo de 2014). Si decide elegir otro plan de seguro médico, es probable que cambie la fecha de vigencia de su plan. Si elige un nuevo plan de seguro médico entre el primer día y el día 18 del mes, la fecha de cobertura de su nuevo plan comenzaría el primer día del mes siguiente, siempre que su pago se reciba a tiempo. Si elige un nuevo plan entre el día 19 y el último día del mes, la fecha de cobertura de su nuevo plan no comenzaría el primer día del mes siguiente, sino del otro, siempre que su pago se reciba a tiempo. Por ejemplo, si elige un nuevo plan el 7 de febrero, su cobertura comenzará el 1º de marzo si su pago se recibe el 15 de marzo o antes. Si elige un nuevo plan el 22 de febrero, su cobertura comenzará el 1º de abril si su pago se recibe el 15 de abril o antes.

Medicaid

¿La expansión de Medicaid hace parte de un nuevo programa?

No, es el mismo programa. El único cambio es que las normas sobre ingresos han sido modificadas para que más personas sean elegibles para recibir beneficios de Medicaid. Los beneficios seguirán siendo los mismos para todos los beneficiarios de Medicaid.

Si una persona hace su solicitud antes del primero de enero de 2014 a través de Maryland Health Connection y resulta elegible para Medicaid, ¿qué sucederá con la solicitud que envió?

Si una persona hace la solicitud a través de Maryland Health Connection en octubre, noviembre o diciembre de 2013, y resulta elegible para Medicaid, su cobertura entrará en vigencia a partir del primero de enero de 2014.

Después del primero de octubre, ¿cómo puedo obtener cobertura en octubre, noviembre y diciembre?

Si una persona necesita cobertura antes del primero de enero de 2014, deberá acercarse a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o del Departamento de Salud y llenar una solicitud para el Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC), o una solicitud para Medicaid.

¿Las personas solamente podrán inscribirse a Medicaid durante el período de inscripción abierta?

La solicitud para recibir Medicaid se puede hacer en cualquier momento del año y no está sujeta a un período de inscripción abierta.

Si toda la información proporcionada en la solicitud concuerda con la información en las fuentes de datos estatales y federales ¿recibiré una decisión respecto a mi solicitud inmediatamente? ¿Qué sucede si los datos no corresponden a la información proporcionada?

Si las verificaciones requeridas están disponibles a través de las bases de datos estatales y federales, y no hay una discrepancia importante en la información reportada, usted sabrá la decisión inmediatamente. Si hubiese alguna diferencia significativa en la información, el sistema le pedirá al solicitante que proporcione documentos adicionales.

Si una persona hace la solicitud para recibir Medicaid a través de una oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS), o del Departamento de Salud (LHD), ¿Cuándo entrará en vigencia la cobertura?

Los miembros del personal del Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud (LHD) que están encargados de determinar la elegibilidad de los pacientes, utilizarán Maryland Health Connection. Si una persona hace la solicitud el primero de enero de 2014 o después, y resulta elegible, podrá hacer uso de su cobertura médica inmediatamente a través del sistema de pagos de tarifa por servicios de Medicaid.

¿Dónde se puede obtener información sobre los beneficios disponibles a través de Medicaid?

Visite la página web de los Programas de Atención Médica del Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH, por sus siglas en inglés): <https://mmcp.dhmh.maryland.gov>.

¿Hay cobertura retroactiva disponible a través de Medicaid?

Las normas para recibir cobertura retroactiva de Medicaid no cambiarán y continuarán en vigencia después de 2014. Para las personas que harán su solicitud a través de Maryland Health Connection en octubre, noviembre o diciembre, la cobertura entrará en vigencia después del primero de enero de 2014. Si necesita cobertura retroactiva durante este tiempo deberá comunicarse con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) o del Departamento de Salud (LHD).

Medicaid

¿La nueva expansión del programa Medicaid tiene algún límite de activos?

No. No existe un límite de activos para el grupo de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI).

¿Cómo será el proceso de renovación de la cobertura, también conocido como redeterminación, el próximo año para los beneficiarios actuales de Medicaid?

Para los grupos de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI), la renovación de la cobertura será manejada a través de Maryland Health Connection. Todas las demás redeterminaciones, incluyendo las exenciones comunitarias y los servicios y apoyos a largo plazo, se harán según los métodos actuales.

Si una persona hace la solicitud en línea desde su casa, y requiere verificación adicional ¿a dónde debe enviar esa información?

El solicitante tendrá varias opciones y recibirá instrucciones sobre dónde enviar la información al momento de llenar la solicitud. Estas opciones incluyen: enviarla por correo electrónico a una dirección que será proporcionada, enviarla por fax al número indicado, enviarla por correo postal a la dirección indicada, o llevarla a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o del Departamento de Salud.

Si una persona necesita enviar documentación adicional ¿quedará inscrita pero tendrá que hacer enviar documentación adicional?

¿O no recibirá una decisión hasta que no se haya recibido toda la documentación?

Si la única documentación que debe enviar está relacionada con su estatus de ciudadanía, usted recibirá elegibilidad temporal por un periodo de 90 días, o hasta que la verificación de la documentación haya concluido. Para otro tipo de información pendiente, como por ejemplo el nivel de ingresos, no se podrá emitir una decisión sobre la elegibilidad hasta que se haya recibido toda la documentación.

¿Las mujeres embarazadas pueden tener un seguro médico privado y Medicaid?

Sí. Las mujeres embarazadas pueden tener un seguro médico a través de su empleador y Medicaid. No pueden tener un plan de salud autorizado y Medicaid.

¿La cobertura dental para los niños está incluida entre los beneficios que ofrece Medicaid?

Sí. La cobertura dental para los niños continuará siendo la misma.

¿Habrá coseguros y copagos para la cobertura dental de Medicaid para los niños?

A través de Medicaid usted no tendrá que pagar costos de su bolsillo para la cobertura dental de los niños. Para más información, visite la página dentaquest.com/state-plans/regions/maryland/

¿Como será la cobertura dental para las personas mayores de 21 años a través del programa Medicaid?

Se ofrecerá una cobertura dental limitada para los adultos, la cual quedará a discreción de cada una de las Organizaciones de Cuidado Administrado (MCO, por sus siglas en inglés). Las personas que participen en el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM), y las mujeres embarazadas, seguirán recibiendo cobertura dental.

Medicaid

¿Se me impondrá una multa de seis meses si elijo cancelar el seguro privado para mi hijo e inscribirlo en el Programa de Salud para los Niños del Maryland (MCHP)?

No.

¿Cómo será el proceso para que los nuevos beneficiarios de Medicaid escojan una Organización de Cuidado Administrado (MCO)?

Si hacen la solicitud a través de Maryland Health Connection, los nuevos beneficiarios de Medicaid podrán elegir una Organización de Cuidado Administrado (MCO) inmediatamente. Si no han escogido una MCO después de 28 días de haber sido declarados elegibles, se les asignará una automáticamente.

Durante el proceso de elección de un plan en línea, ¿qué tipo de información recibirá el solicitante sobre las Organización de Cuidado Administrado (MCO) de Medicaid?

Cuando vayan a elegir una MCO, los solicitantes tendrán acceso a la misma información que está disponible actualmente. El informe sobre HealthChoice y la tabla comparativa en línea está disponible en la página MarylandHealthConnection.gov.

Después de haberse inscrito, ¿los nuevos beneficiarios de Medicaid recibirán algún tipo de paquete de información por parte de su Organización de Cuidado Administrado (MCO)?

Sí. Los beneficiarios recibirán un paquete de información por parte de su MCO después de inscribirse.

¿Habrá un periodo de inscripción abierta todos los años para inscribirse a, o cambiar de organización de cuidado administrado (MCO) de Medicaid?

Las personas que vayan a solicitar Medicaid pueden hacerlo en cualquier momento durante el año, ya que no hay un periodo de inscripción abierta para este programa. Los beneficiarios de Medicaid tendrán derecho a cambiar de MCO una vez al año si así lo desean.

¿Cómo será el proceso automático para asignar una organización de cuidado administrado (MCO) a los beneficiarios de Medicaid?

Si durante los últimos 120 días un beneficiario de Medicaid se encontraba bajo una Organización de Cuidado Administrado (MCO), él o ella regresarán a dicha MCO siempre y cuando haya cupos disponibles. De lo contrario, él o ella serán asignados a una MCO al azar. Si la persona es un nuevo beneficiario de Medicaid, o si han pasado más de 120 días desde que se inscribió a una MCO, él o ella serán asignados a una MCO al azar. Si el beneficiario es un recién nacido, será asignado a la misma MCO a la que pertenece su madre.

¿Cómo sabrán los actuales miembros del Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC) cuando hayan sido inscritos a Medicaid? ¿Recibirán nuevas tarjetas por correo?

Las personas actualmente inscritas en el Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC) recibirán una notificación antes del primero de enero de 2014. También recibirán una tarjeta roja y blanca de Medicaid, y una tarjeta HealthChoice de su organización de cuidado administrado.

Medicaid

Cuanto tiempo tendrán los miembros del Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC) para cambiar de Organización de Cuidado Administrado (MCO) después de haber sido transferidos a Medicaid?

Los beneficiarios del Programa de Atención Primaria para Adultos (PAC) tendrán 90 días para cambiar de Organización de Cuidado Administrado (MCO).

Las personas que reciben beneficios por discapacidad, ¿tendrán que seguir solicitando beneficios del Seguro Social?

Sí.

¿Los proveedores que actualmente no aceptan Medicaid tendrán que hacerlo?

No.

Si se determina que una persona cumple con los requisitos para recibir Medicaid, ¿el consultorio médico puede cobrar inmediatamente por los servicios prestados?

Sí. La cobertura de Medicaid será retroactiva al primer día del mes en que la persona hizo la solicitud. El beneficiario recibirá un número de identificación inmediatamente para que el proveedor de servicios pueda cobrar a través del sistema de pagos de tarifa por servicios de Medicaid.

¿Habrá algún tipo de cobertura para personas indocumentadas?

Las personas indocumentadas no son elegibles para Medicaid. Deberán continuar utilizando programas de protección social.